



การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ : คำจำกัดความจากนิยามต่างมุมมอง

MEDICAL TOURISM : AN INTERPRETATION

IN MULTIDISCIPLINARY CONTEXTS

วรรณวิภา หงษ์นภาดล

Wanvipha Hongnaphadol

คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา

Faculty of Management Sciences, Kasetsart University Sriracha Campus

Email : wanvipha.h@ku.th

Received July 30, 2021; Revised September 1, 2021; Accepted November 1, 2021

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการตีความการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จากเดิมในมิติบูรณาการของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์ เป็นในมุมมองที่ทั้งสองอุตสาหกรรมเกิดจากแนวคิดที่ขัดแย้งกัน และสังเคราะห์ข้อโต้แย้งระหว่างมุมมองพฤกษศาสตร์ ได้แก่ นโยบายสาธารณะ การท่องเที่ยว การตลาด และสตรีนิยม ที่มีอิทธิพลต่อปรากฏการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นโยบายสาธารณะมีมุมมองต่อการปรับเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศไปเป็นการตลาดบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มผู้ใช้บริการจากต่างประเทศ นโยบายสาธารณะอธิบายการศัลยกรรมตกแต่งว่าเกิดขึ้นเพื่อความจำเป็นในการดำรงชีวิตซึ่งต่างจากแนวคิดสตรีนิยมที่พิจารณาการศัลยกรรมตกแต่งว่าเป็นการยกระดับจิตใจในการดำรงชีวิต จนนำไปสู่แนวคิดการตลาดความงามที่แปรเปลี่ยนการศัลยกรรมให้เป็นสินค้า แนวคิดพฤกษศาสตร์ดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยเพื่อทำการตลาดการบริการทางการแพทย์ให้ชาวต่างชาติ โดยเน้นความสำคัญด้านการแพทย์มากกว่าด้านการท่องเที่ยว

คำสำคัญ: การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์, นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์, การบริการทางการแพทย์

Abstract

This academic paper aims to present the interpretation of medical tourism as it originally appears from the integrated dimension to the conflicting ideas dimension of the tourism industry and the medical service industry, and to synthesize the controversies among multidisciplinary views; for example, public policy, tourism, marketing, and feminism, that have the influence on the medical tourism phenomenon.



Public policy views the transformation of health services from being catered to people in the country to health services marketing that caters to consumers from abroad. Public policy depicts plastic surgery as a living necessity, as opposed to feminist ideas that plastic surgery uplifts the spirit of life. This leads to the concept of beauty marketing that commodifies the surgery. Such multidisciplinary views led to the formulation of medical tourism policies in Thailand to market medical services to foreigners by emphasizing the importance of medical care over tourism.

Keywords: Medical Tourism, Medical Tourist, Healthcare Service

บทนำ

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จัดเป็นองค์ประกอบที่โดดเด่นที่สุดของการค้าด้านการดูแลสุขภาพ โดยในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยอยู่ในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำเป็นอย่างมาก เกิดภาวะฟองสบู่แตก ธุรกิจบริการเพื่อสุขภาพในขณะนั้นประสบกับภาวะวิกฤตเนื่องจากประชาชนไม่มีกำลังซื้อเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนภายใต้การสนับสนุนของภาครัฐจึงเจาะกลุ่มเป้าหมายลูกค้าเป็นคนใช้ชาวต่างชาติ โดยเริ่มมีนโยบายส่งเสริมแผนกลยุทธ์ให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการให้บริการทางการแพทย์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และเริ่มชัดเจนเมื่อภาครัฐมีนโยบายพัฒนาและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) ตามด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) เพื่อเสริมสร้างและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพ ด้วยการมุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้มีมาตรฐานระดับสากลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตามด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2560-2569) ซึ่งผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพนานาชาติ โดยใช้ทรัพยากรสุขภาพ และทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมที่มีอยู่จำกัด ให้เกิดความคุ้มค่า จนสามารถเพิ่มสัดส่วนรายได้และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศได้อย่างแท้จริง

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สร้างรายได้เข้าประเทศไม่ต่ำกว่าปีละ 39,000 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วน 24% ของรายได้โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด อย่างไรก็ตามธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนได้รับผลกระทบจากวิกฤติโรคระบาดโควิด-19 ตั้งแต่ปี 2563 ถึงปัจจุบัน โดยไม่สามารถรับคนใช้ต่างชาติได้ ภาพรวมตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของโลกปี 2563 ลดลงถึง 48% ไปอยู่ที่ประมาณ \$1.98 หมื่นล้าน หรือ 6.6 แสนล้านบาท ซึ่งส่วนใหญ่ที่ได้รับผลกระทบเป็นโรงพยาบาลในภูมิภาคเอเชีย สำหรับตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยในปี 2564 นั้น หดตัวต่อเนื่องจากปี 2563 ไม่ต่ำกว่า 90% (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2564) นักท่องเที่ยวต่างชาติที่มาใช้บริการทางกาแพทย์ส่วนใหญ่เดินทางมา



จากประเทศแถบภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ยุโรป ตะวันออกกลาง และอเมริกาเหนือ โดยสัญชาติหลักได้แก่ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และออสเตรเลีย โดยบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ความนิยมนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ได้แก่ การตรวจสุขภาพ ศัลยกรรมความงาม ทันตกรรม บริการรักษาผู้มีบุตรยาก ศัลยกรรมกระดูก ผ่าตัดหัวใจ (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2560) อย่างไรก็ตาม การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพหลัก ของประเทศในเชิงลบเช่นกัน เมื่อนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เข้ามามีส่วนแบ่งในแหล่งทรัพยากร การบริการด้านสุขภาพที่มีจำกัด เช่น แพทย์ พยาบาล และเครื่องมือทางการแพทย์ อีกทั้ง การเจริญเติบโตของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อาจทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายกำลังคน หรือแรงงานทางการแพทย์ที่มากขึ้นจากโรงพยาบาลรัฐบาลไปโรงพยาบาลเอกชน หรือจากประเทศหนึ่ง ไปอีกประเทศหนึ่ง การเข้าถึงบริการของคนไทยที่ยากขึ้น และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นคำที่บริษัทท่องเที่ยวและสื่อมวลชนใช้เรียกเพื่ออธิบาย ปรากฏการณ์การเดินทางข้ามประเทศเพื่อรับบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ (Connell, 2011) ดังนั้นจึงมี ความหมายสื่อไปทางอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเป็นหลักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หลายคนเข้าใจว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นรูปแบบใหม่ของการท่องเที่ยวที่กำลังขยายตัว เหมือนกับการท่องเที่ยว ที่เจาะกลุ่มตลาดเฉพาะ ความหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั่วไป จึงเป็นการผสมผสานกัน ระหว่างสองอุตสาหกรรมซึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก ได้แก่ อุตสาหกรรมการบริการเพื่อสุขภาพ และ อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว กล่าวคือ เป็นบริการที่ผนวกรวมการท่องเที่ยวให้เป็นส่วนเพิ่มเติมสำหรับผู้ ที่เดินทางมารับบริการทางการแพทย์ โดยรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ได้แก่ 1. การ ตั้งใจเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศไทย เนื่องจากโรงพยาบาลในประเทศไทยให้การ รักษาดีกว่าหรือถูกกว่า บริการดีกว่าหรือเท่าเทียมในประเทศของตน 2. การท่องเที่ยวหรือพักผ่อนที่มี จุดมุ่งหมายทางการแพทย์ 3. การเดินทางเพื่อท่องเที่ยวและพ่วงกิจกรรมด้านสุขภาพ รวมทั้งโปรแกรม แพทย์ทางเลือก (Cornell, 2011; Hunter, 2007) ซึ่งการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในบทความนี้ หมายรวมถึง การตั้งใจเดินทางมารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยของกลุ่มชาวต่างชาติ โดยไม่ รวมนักท่องเที่ยวต่างชาติทั่วไปที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลระหว่างพักในประเทศไทย และไม่รวม ชาวต่างชาติที่พำนักในประเทศไทยระยะยาว (Expatriate) ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผล ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนของผู้ป่วยชาวต่างประเทศของสังนันท์ มงคลบุตร (2561) ถึงปัจจัย 6 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ 1) ด้านผู้รับบริการ เช่น ค่าใช้จ่าย (จ่ายเองหรือบริษัท ประกันสุขภาพ) ความชำนาญของแพทย์ เป็นต้น 2) ด้านผู้ให้บริการ เช่น ชื่อเสียงและมาตรฐานของ โรงพยาบาลเอกชนไทย เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นต้น 3) ด้านระบบบริการ เช่น การประสานงานและความรวดเร็วในการให้บริการ เป็นต้น 4) ด้านการเข้าถึงบริการ เช่น ความรุนแรง ของอาการเจ็บป่วยกับระยะเวลาในการรอคอยการให้บริการ เป็นต้น 5) ด้านการส่งเสริมการขาย เช่น



การประชาสัมพันธ์ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ส่งผลต่อการตัดสินใจ เป็นต้น และ 6) ด้านอื่น ๆ เช่น การเปิดให้ผู้ป่วยเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาล เป็นต้น

ทั้งนี้ผู้เขียนได้ทบทวนงานวิจัยจากหลากหลายศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแสดงให้เห็นถึงคำจำกัดความและมุมมองของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในทศวรรษที่แตกต่างกันไป บทความนี้จึงมีจุดประสงค์คือ ต้องการนำเสนอและอธิบายปรากฏการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การตีความการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในบริบทต่าง ๆ และสังเคราะห์ข้อโต้แย้งที่เกิดขึ้นระหว่างมุมมองข้ามศาสตร์ จากนิยามที่มีความแตกต่างและทับซ้อน ในกลุ่มนักวิชาการศาสตร์นโยบายสาธารณะ การท่องเที่ยว การตลาด และสตรีนิยม

คำจำกัดความการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

การเดินทางเพื่อรับบริการทางการแพทย์และบุคคลที่เดินทางเพื่อรับบริการดังกล่าวนั้น ถูกขนานนามต่างกันไปตามประเด็นการศึกษาหลัก เช่น ด้านการบริการสุขภาพทั่วโลกหรือการบริการสุขภาพนานาชาติ ได้แก่ การเดินทางเพื่อการแพทย์ต่างชาติ (Cormany & Baloglu, 2010; Crozier & Baylis, 2010; Fedorov et al, 2009) การแพทย์จากแหล่งนอกประเทศ (Jones & Keith, 2006) การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ (Goodrich & Goodrich, 1987) อธิบายถึงการเดินทางจากประเทศตนเองเพื่อไปรับบริการสุขภาพในต่างประเทศ ด้านการเคลื่อนที่ของผู้ป่วย (Patient Mobility) การท่องเที่ยวพลัดถิ่น (Diasporic Tourism) และมานุษยวิทยาการแพทย์ (Medical Anthropology) ที่อธิบายพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของมนุษย์ผ่านลักษณะโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกัน ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยคืนกลับถิ่น (Glinos, Baeten, Helble, & Maarse, 2010) การกลับถิ่นเพื่อการรักษาทางการแพทย์ (Lee, Kearns, & Friesen, 2010; Migge & Gilmartin, 2011) การกลับถิ่นเพื่อการท่องเที่ยวสำหรับผู้มีบุตรยาก (Inhorn, 2011) และการกลับมาเพื่อการรักษา (Horton & Cole, 2011) กล่าวถึง การเคลื่อนที่ของผู้รับบริการสุขภาพจากประเทศที่ถือสัญชาติกลับไปประเทศถิ่นกำเนิด ผู้รับบริการสุขภาพดังกล่าว ได้แก่ ผู้เดินทางเพื่อการแพทย์หรือผู้หวนคิดถึงการแพทย์ในถิ่นกำเนิด (Ackerman, 2010; Connell, 2011, 2013) ผู้เดินทางเพื่อการแพทย์พลัดถิ่น ผู้ลี้ภัยทางการแพทย์ (Milstein & Smith, 2006) ผู้อพยพเพื่อการแพทย์ (Kangas, 2010) ผู้เนรเทศเพื่อการแพทย์ (Inhorn & Patrizio, 2009; Inhorn & Shrivastav, 2010) ผู้ซื้อบริการการแพทย์จากภายนอก (Veerasoontorn, 2011) และ ผู้แสวงบุญเพื่อการแพทย์ (Song, 2010) ที่อาจเยี่ยมชมสถานที่ศักดิ์สิทธิ์หรือสถานที่สำคัญทางศาสนาในประเทศที่เข้ารับบริการสุขภาพ



แนวคิดการทอ้งเกี่ยวเชิงการแพทย์ในบริบทและมุมมองพหุศาสตร์ (Multidisciplinary Contexts)

1. การทอ้งเกี่ยวเชิงการแพทย์ในมุมมองนโยบายสาธารณะ (Public Policy)

นโยบายสาธารณะ เป็นแนวทางกิจกรรมที่รัฐบาลใช้ในการดำเนินงานเพื่อส่งมอบบริการสาธารณะในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ด้านการศึกษา ด้านการสาธารณสุข เป็นต้น ไปสู่ประชาชนตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ (Sharkansky, 1978) การให้บริการสุขภาพ รวมถึงการรักษาพยาบาล ในมุมมองของนโยบายสาธารณะนั้น ถือว่าการให้บริการสุขภาพเป็นการให้บริการสาธารณะที่ไม่ได้มีราคาของสินค้าหรือบริการเป็นตัวขับเคลื่อนทางการตลาดเหมือนสินค้าชนิดอื่น ๆ อีกทั้ง นักทอ้งเกี่ยวเชิงการแพทย์นั้นมีบทบาทเป็นคนไข้ ที่รับบริการจากโรงพยาบาลในต่างประเทศ หรือผู้บริโภคที่มีสิทธิในการกำหนดและควบคุมการรับบริการทางการแพทย์ รวมถึงมีสิทธิในการตัดสินใจในกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลตนเอง หรือเป็นประชาชนที่มีอำนาจในการเรียกร้องการบริการรักษาสุขภาพอันสมควรจากประเทศที่ตนเป็นพลเมืองอยู่

เมื่อการบริการสุขภาพที่ควรเป็นบริการสาธารณะได้รับอิทธิพลของกระแสบริโภคนิยม และกระแสโลกาภิวัตน์ กระบวนการแปรการให้บริการทางการแพทย์เป็นสินค้า (Commodification of Health) จึงเกิดขึ้น โดยการบริการสุขภาพของการทอ้งเกี่ยวเชิงการแพทย์ถูกมองว่าเป็นสินค้าชนิดหนึ่ง ที่ซื้อหาได้ด้วยเงิน และคนไข้ถูกมองว่าเป็นผู้บริโภคการบริการสุขภาพ แต่แท้จริงแล้วสินค้า หรือบริการทางการแพทย์มีลักษณะที่แตกต่างจากสินค้าทั่วไปในท้องตลาดอย่างสิ้นเชิง เนื่องจาก สินค้าหรือบริการเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงและความไม่แน่นอนของผลิตภัณฑ์ ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ไม่สามารถทดลองใช้ได้ หรือไม่สามารถแลกเปลี่ยนได้กรณีไม่พอใจในสินค้า เช่น ไม่สามารถคาดการณ์ถึงการหายจากโรคหรือความแน่นอนของผลิตภัณฑ์เนื่องจากผู้บริโภคอาจไม่ทราบถึงผลลัพธ์ของการรักษาโดยปราศจากคำแนะนำจากแพทย์ ไม่สามารถทดลองผ่าตัดก่อนได้ ว่าหากไม่พึงพอใจผลการผ่าตัดดังกล่าว ขอคืนสินค้าหรือบริการได้ ด้วยเหตุนี้ การให้บริการทางการแพทย์ จึงไม่ควรเป็นสินค้า หรือบริการที่ใช้เงินเป็นสิ่งแลกเปลี่ยน แต่เป็นสิทธิอันพึงควรของประชาชนในการได้รับการรักษาพยาบาลจากรัฐอย่างสมเหตุสมผล หรืออาจกล่าวได้ว่า ประชาชนถูกเรียกขานในมุมมองของการเมืองซึ่งจัดอยู่ในบริบทสาธารณะ ในขณะที่ผู้บริโภค ถูกเรียกขานในแง่มุมมองของเศรษฐศาสตร์ และอยู่ในบริบทของเอกชน (Livingstone & Lunt, 2007; Needham, 2007)

ในบริบทของการบริการทางการแพทย์นั้น เมื่อบริการสาธารณะถูกกระบวนการแปรเป็นสินค้าเข้ามาเกี่ยวข้องมากเกินไป ทำให้เกิดความไม่สมดุลในแง่การให้บริการที่ครั้งหนึ่งเคยเป็นบริการสาธารณะ แต่กลับถูกมองว่าการรับบริการดังกล่าวขึ้นกับอำนาจต่อรองทางการเงิน ซึ่งปรากฏการณ์นี้ ยังส่งผลกระทบต่อรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ที่ครั้งหนึ่งเคยมีความสัมพันธ์แบบพอกับลูก โดยผู้ป่วยให้ความเคารพและเชื่อถือในการให้บริการทางการแพทย์แบบ



ไม่กังวล ในลักษณะแบบที่ลูกเชื่อฟังพอ จากความสัมพันธ์ดังกล่าวถูกแปรเปลี่ยนเป็น ลูกค้ากับ ผู้ให้บริการ หรือผู้ให้บริการกับผู้รับบริการแทน โดยคำว่า “ผู้ป่วย” แสดงถึงคนไข้ที่มีบทบาทรอง ในการตัดสินใจและมักปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์เป็นหลัก ในขณะที่คำว่า “ลูกค้า” อธิบายให้เห็นถึง บทบาทหลักในการตัดสินใจและเลือกรูปแบบการรักษา (Edwards & Elwyn, 2001) ในอุตสาหกรรม การบริการเพื่อสุขภาพ เป็นเรื่องละเอียดอ่อนเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิตของผู้มาใช้ บริการ จึงเกิดปัญหาในประเด็นที่คนไข้อาจรู้สึกว่ บุคลากรทางการแพทย์และพนักงานในโรงพยาบาล ไม่มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยในการให้บริการเพียงพอ แต่กลับคำนึงถึงประเด็นค่ารักษาพยาบาลเป็น ประเด็นสำคัญ

นอกจากการบริการสุขภาพแล้ว บริการสาธารณะในรูปแบบการศึกษา มักได้รับการกล่าวถึงใน บริบทและทิศทางคล้ายคลึงกัน ในรูปแบบที่ประเทศตะวันตกหลายประเทศมองการศึกษาเป็นสินค้า เพื่อทำรายได้เข้าประเทศตน จากการเก็บค่าเล่าเรียนนักเรียนต่างชาติในราคาสูง อย่างไรก็ตาม หลายประเทศในยุโรปไม่ได้มองว่าการศึกษาเป็นสินค้า แต่เป็นการบริการสาธารณะอย่างแท้จริง ที่เก็บ ค่าเล่าเรียนนักเรียนต่างชาติไม่แพง ทั้งที่คุณภาพของระบบการศึกษาของประเทศเหล่านี้กลับสูงมาก เช่น เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ และฟินแลนด์ เป็นต้น ดังนั้น กระบวนการแปรเป็นสินค้าไม่ได้ทำให้สินค้า หรือบริการใด ๆ มีคุณภาพมากขึ้นเมื่อมีราคาแพงขึ้น ในทางตรงกันข้าม บริการที่ได้มาโดยไม่เสียเงิน อาจเป็นบริการที่มีคุณภาพมากกว่าได้เช่นกัน

2. การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมุมมองการท่องเที่ยว (Tourism)

ในมุมมองของการท่องเที่ยวและการบริการเพื่อสุขภาพนั้น การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เกิดจาก การใช้บริการทั้งด้านการท่องเที่ยวและการบริการเพื่อสุขภาพประกอบกัน (Connell, 2006; Smith & Puczko, 2009; Hunter, 2007; Marsek & Sharpe, 2009) โดยอาจมีระดับการมีส่วนร่วมด้าน การท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แตกต่างกันไป เช่น Hunter-Jones (2007) ได้ศึกษา ถึง การมีส่วนร่วมด้านการท่องเที่ยวหรือการพักผ่อนตัวของคนไข้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งในชั้นต่าง ๆ ระหว่างรับ การรักษาพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดระดับการมีส่วนร่วมด้านการท่องเที่ยวหรือการพักผ่อนที่ต่างกันไป นอกจากนี้ การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพนั้น จะมีส่วนผสมที่ชัดเจนในการเดินทางมาเพื่อรับบริการของ นักท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ (Wellness Tourism) เช่น การทำสปาและการนวดไทย หรือการท่องเที่ยว ศัลยกรรมความงาม (Ko, 2011; Marsek & Sharpe, 2009; Smith & Puczko, 2009) ที่นักท่องเที่ยว เดินทางมารับการผ่าตัดเสริมความงามในประเทศปลายทาง แล้วผนวกกิจกรรมการท่องเที่ยวช่วงฟื้นตัว หลังการผ่าตัด จะเห็นได้ว่า แนวโน้มการเกิดส่วนผสมของการท่องเที่ยวหลัง การเข้ารับบริการ ทางการแพทย์สามารถเกิดขึ้นได้ในกรณีที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดใหญ่ เช่น การตรวจสุขภาพทั่วไป การทำฟัน การผ่าตัดเล็กในศัลยกรรมเสริมความงาม เป็นต้น



นอกจากนี้ ยังมีปรากฏการณ์ที่ผู้เดินทางใช้ในการรับบริการสุขภาพ จากกระบวนการที่ผู้คนเดินทางอพยพกลับประเทศกำเนิดของตนเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ที่เรียกว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์พลัดถิ่น ผ่านมุมมองของมานุษยวิทยาการแพทย์ และสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการอพยพย้ายถิ่นและการเคลื่อนตัวของผู้ป่วยเพื่อรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งถูกขับเคลื่อนด้วยปัจจัย ที่เป็นแรงจูงใจแตกต่างกันไป เช่น สถานะประกันสุขภาพในการใช้บริการ วัฒนธรรมในการรักษาทางการแพทย์ ความเชื่อในแพทย์ผู้รักษา การสื่อสาร การหาผลการวินิจฉัยที่สอง ความไม่พึงพอใจหรือความสับสนเกี่ยวกับระบบรักษาทางการแพทย์ของต่างประเทศ เงินออม คุณภาพการรักษาที่คาดหวัง พบได้ในประเทศ เช่น โคลัมเบีย อินเดีย และฟิลิปปินส์ (Mathijssen, 2019) โดยกลุ่มพลัดถิ่นนี้ถือว่าเป็นลูกค้ากลุ่มที่น่าดึงดูดสำหรับเศรษฐกิจในประเทศบ้านเกิดของตน ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบการบริการสุขภาพทวิภาคีข้ามชาติ ได้แก่ ประเทศที่ส่งออกผู้เข้ารับการรักษา และประเทศที่รับผู้เข้ารับการรักษา โดยบุคคลนั้น ๆ จะครองทั้งความเป็นชาติพันธุ์ในประเทศบ้านเกิดและความเป็นพลเมืองในรัฐเจ้าบ้าน

อย่างไรก็ตาม เมื่อก้าวถึงการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้น การรักษาพยาบาลมักเป็นการผ่าตัดแบบจำเป็น หมายถึง หากผู้ป่วยไม่ได้รับบริการดังกล่าว อาจมีผลต่อคุณภาพการดำเนินชีวิตต่อไป และเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีเรื่องความปลอดภัยในชีวิตเป็นตัวแปรสำคัญ เช่น การผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น ในบริบทนี้ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไม่ได้เน้นสาระสำคัญในเรื่องการท่องเที่ยว หากแต่เน้นการเดินทางมารับการบริการเพื่อสุขภาพเพียงอย่างเดียว (Balaban & Marano, 2010; Bies & Zacharia, 2007; Horowitz, Rosensweig, & Jones, 2007; Leahy, 2008; Reed, 2008; Lunt & Carrera, 2010; Kangas, 2011; Green, 2008) อาจกล่าวได้ว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จึงไม่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวแม้แต่น้อย การผสมผสานกันระหว่างการบริการเพื่อสุขภาพ และอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวไม่น่าจะลงตัว เนื่องจากความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงระหว่าง สองอุตสาหกรรม (Cook, 2008; Pope, 2008) ในขณะที่อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเน้นความปลอดภัยในการรักษาพยาบาลและชีวิต อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเน้นความเพลิดเพลินใจจากการพักผ่อน

3. การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมุมมองการตลาด (Marketing)

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จัดเป็นการรับบริการทางการแพทย์นอกระบบบริการสุขภาพในประเทศตนเอง จัดเป็นการบริโภคในต่างประเทศ ซึ่งการให้บริการเกิดขึ้นในพรมแดนของประเทศ ผู้ให้บริการ โดยอาศัยการเคลื่อนย้ายของผู้บริโภคเป็นเงื่อนไขสำคัญ การบริโภคในต่างประเทศดังกล่าวถือเป็นรูปแบบการค้าบริการ (Gunawan, 2016) ที่สำคัญในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ได้แก่ การข้ามชาติการลงทุนบริการเพื่อสุขภาพในประเทศเพื่อนบ้าน ดังเช่น โรงพยาบาลเอกชนของไทยหลายแห่งขยายสาขาที่ต่างประเทศ เช่น กัมพูชา ลาว และพม่า เป็นต้น



ในขณะที่กระแสวัฒนธรรมผู้บริโภคและลัทธิบริโภคนิยมที่เน้นถึงการเป็นผู้เลือกและผู้ตัดสินใจจากการได้รับข้อมูลของสินค้าหรือบริการอย่างเพียงพอ หรือผู้ใช้บริการที่มีอำนาจต่อรอง มาพร้อมกับ 1) กระบวนการโลกาภิวัตน์ ที่เชื่อมโลกให้ดูเล็กลง ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่อีกซีกโลกหนึ่งสามารถเดินทางหลายพันไมล์เพื่อมาทำการรักษาพยาบาลในอีกซีกโลกหนึ่งที่อาจไม่เคยเดินทางไปมาก่อน (Horowitz et al, 2007) และ 2) กระบวนการแปรเป็นสินค้า ที่แปรการให้บริการสุขภาพเป็นสินค้า โดยผู้บริโภคไม่สามารถรับบริการก่อนแล้วชำระเงินภายหลังได้ ในแง่การตลาดและเศรษฐศาสตร์นั้น ผู้กำหนดนโยบายจัดว่าผู้ป่วยและนักท่องเที่ยวต่างชาติเป็นผู้บริโภคที่มีเสรีภาพหรืออำนาจในการตัดสินใจของผู้บริโภค หรือเป็นลูกค้าที่มีโอกาสในการเลือก อีกทั้ง การให้บริการสุขภาพดังกล่าวถูกดำเนินการโดยภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน) ซึ่งมีการแข่งขันและการค้ากระตุนกลไกการทำงานของตลาดและจากทฤษฎีความไม่สมมาตรของข้อมูล (Shackley & Ryan, 1994) ได้กล่าวถึง ความไม่เท่าเทียมกันของข้อมูลระหว่างผู้ซื้อและผู้ขาย เมื่อผู้ให้บริการทางการแพทย์มีข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับสินค้า และบริการมากกว่าลูกค้าซึ่งเป็นผู้รับบริการทางการแพทย์ เช่น วิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น ลักษณะข้อมูลสินค้าและบริการทางการแพทย์ต่างจากลักษณะข้อมูลสินค้าทั่วไปที่ผู้บริโภคมักตระหนักถึงคุณประโยชน์ของสินค้าที่มีต่อตนเองมากกว่าผู้ขาย เพราะรับรู้ถึงความต้องการตนเอง แต่การเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพนั้นใช้เวลาและทรัพยากรในการค้นหานาน ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญเพราะแพทย์เป็นผู้ส่งมอบข้อมูลที่น่าเชื่อถือดังกล่าวกับผู้ป่วย เพื่อให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างการรับบริการสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น และมักเป็นผู้ตัดสินใจถึงคุณประโยชน์ของบริการสุขภาพที่เกิดกับผู้ป่วยได้ดีกว่าตัวผู้ป่วยเอง โดยทั่วไปผู้ป่วยอาจไม่ต้องการอยู่ในบทบาทของลูกค้ากรณีเจ็บป่วยหนักและมักเลือกให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษา แต่ผู้ใช้บริการการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มักเป็นกลุ่มลูกค้าชาวต่างชาติที่ศึกษาข้อมูลการแพทย์ด้วยตนเองหรือผ่านบริษัทตัวแทนมาเป็นอย่างดี และเลือกเป็นผู้ตัดสินใจในการรับบริการการแพทย์ด้วยตนเอง

4. การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมุมมองสตรีนิยม (Feminism)

สินค้าหรือบริการของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แบ่งออกตามระดับของการรักษาทางการแพทย์ได้เป็นการผ่าตัดใหญ่ การผ่าตัดย่อย และการผ่าตัดเพื่อความงาม (Ko, 2011; Marsek & Sharpe, 2009; Smith & Puczko, 2009) หรือแบ่งได้เป็นการรักษาพยาบาลแบบทางเลือกไม่เร่งด่วน เช่น การทำฟัน และแบบจำเป็น เช่น การผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น ทั้งนี้ ศัลยกรรมความงามจัดเป็นบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยที่ได้รับความนิยมจากนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นลำดับต้น ๆ เนื่องจากคุณภาพดีและราคาไม่แพง ทั้งนี้เพราะศัลยกรรมความงามนั้นอยู่นอกขอบเขตนโยบายการรักษาของรัฐบาล และไม่ได้ครอบคลุมในประกันสุขภาพ ทำให้ผู้เข้ารับบริการต้องจ่ายค่าบริการดังกล่าวเอง



ในขณะที่นักวิชาการด้านสุขภาพ มองว่าศัลยกรรมความงามเป็นเพียงการพยาบาลทางเลือก เนื่องจากไม่มีความจำเป็นต่อชีวิตของผู้ได้รับการรักษา กล่าวคือ ถึงแม้ไม่ได้รับการรักษาพยาบาล บุคคลนั้นก็ยังมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ แต่นักสตรีนิยมและนักเศรษฐศาสตร์การเมืองมองในทิศทางตรงกันข้ามว่า ศัลยกรรมความงามมีสถานะมากกว่าการเป็นเพียงการพยาบาลทางเลือก เพราะส่งผลต่อสภาพทางจิตใจของผู้ได้รับการรักษา ซึ่งอาจทำให้มาตรฐานชีวิตของบุคคลดังกล่าวดีขึ้นหลังจากได้รับการศัลยกรรม เช่น มีความเคารพในตนเองที่สูงขึ้นเมื่อมีความมั่นใจในรูปลักษณ์ตนเองเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ความเห็นของนักสตรีนิยมที่มีต่อศัลยกรรมความงามถูกแบ่งออกเป็นสองฝ่าย โดยฝ่ายแรกต่อต้านและมองว่าเทคโนโลยีศัลยกรรมความงามนั้นกำลังครอบงำและแทรกแซงเรือนร่างของสตรีกับความพึงพอใจในรูปร่างตนเอง (Body Embodiment) จากการถูกเปรียบเทียบเหยื่อ ในแนวคิดที่ว่า การมีคุณค่าในตนเองนั้นต้องขึ้นอยู่กับรูปลักษณ์ภายนอกของตน ซึ่งเกิดจากการถูกประโคมข่าวสารรูปลักษณ์ที่สวยงามของวัฒนธรรมคนดัง (Celebrity Culture) จากสื่อต่าง ๆ เช่น ความสนใจ ด้านสุขภาพและฟิตเนสเพราะความต้องการมีรูปร่างสวยตามดารารหรือคนดัง การเพิ่มการมีคุณค่าในตนเอง สถานะทางสังคม การงาน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น ในขณะที่นักสตรีนิยมอีกฝ่ายกลับมองว่าผู้หญิงมีสิทธิ์ในการเลือกเปลี่ยนแปลงใบหน้าหรือรูปร่างตัวเอง และมีอำนาจในการควบคุม (Autonomy) ชีวิตของตน (Negrin, 2002)

จากการศึกษาสตรีนิยมถึงอิทธิพลทางการตลาดที่ส่งผลต่อรูปแบบและสถานะของศัลยกรรมความงามที่เปลี่ยนไปจากอดีต พบว่า ศัลยกรรมความงามเกิดขึ้นในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 1 เพื่อซ่อมแซมใบหน้าที่ถูกทำให้เสียหายระหว่างสงคราม (ภัทรภาพร วิษณุรักษ์, 2557) สถานะของศัลยกรรมความงามถูกเปลี่ยนจากการรักษาเป็นการทำให้สวยงาม เช่นเดียวกับที่แพทย์ที่ทำการรักษาถูกเปลี่ยนสถานะเป็นผู้เสริมความงาม กล่าวได้ว่า ศัลยกรรมความงามเดิมเกิดจากรูปแบบความจำเป็นทางการแพทย์ในทางชีวจริยธรรมซึ่งจะทำเมื่อมีความผิดปกติทางกายหรือทางสรีระเท่านั้น ได้ถูกเปลี่ยนเป็นรูปแบบทางธุรกิจ โดยการผ่าตัดเสริมความงามของสตรีในเมืองไทยเริ่มต้นประมาณปี พ.ศ. 2500 (ภัทรภาพร วิษณุรักษ์, 2557) และในศตวรรษที่ 21 เทคโนโลยีเสริมความงามของศัลยกรรมตกแต่งถูกนำมาใช้เป็นเชิงพาณิชย์ โดยทำการตลาดจากการใช้ประโยชน์การรับรู้ของคนในการมีรูปร่างหน้าตาบกร่อง เพื่อให้สมบุรณ์ขึ้น

เมื่อความงามถูกเปลี่ยนเป็นสินค้า (Commodification of Beauty) นักการตลาดอาศัยความต้องการคงความสวยงามของมนุษย์ ความปรารถนาที่จะสวยและรักษาความสวยงามนั้นไว้ ในการสร้างตลาดใหม่ขึ้นมา เช่น อุตสาหกรรมศัลยกรรมความงาม ที่หาซื้อได้ง่ายและหาซื้อได้ทั่วไป ในปัจจุบันหรืออุตสาหกรรมการประกวดความงาม เช่น การประกวดนางสาวไทย ที่เน้นการนำเรือนร่างออกมานำเสนอเป็นสินค้าโดยสามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจให้กับผู้จัดการประกวดนางสาวไทย องค์กรร่วม ผู้สนับสนุน และผู้ได้รับตำแหน่งนางสาวไทยในที่สุด โดยผ่านช่องทางมูลค่า ทาง



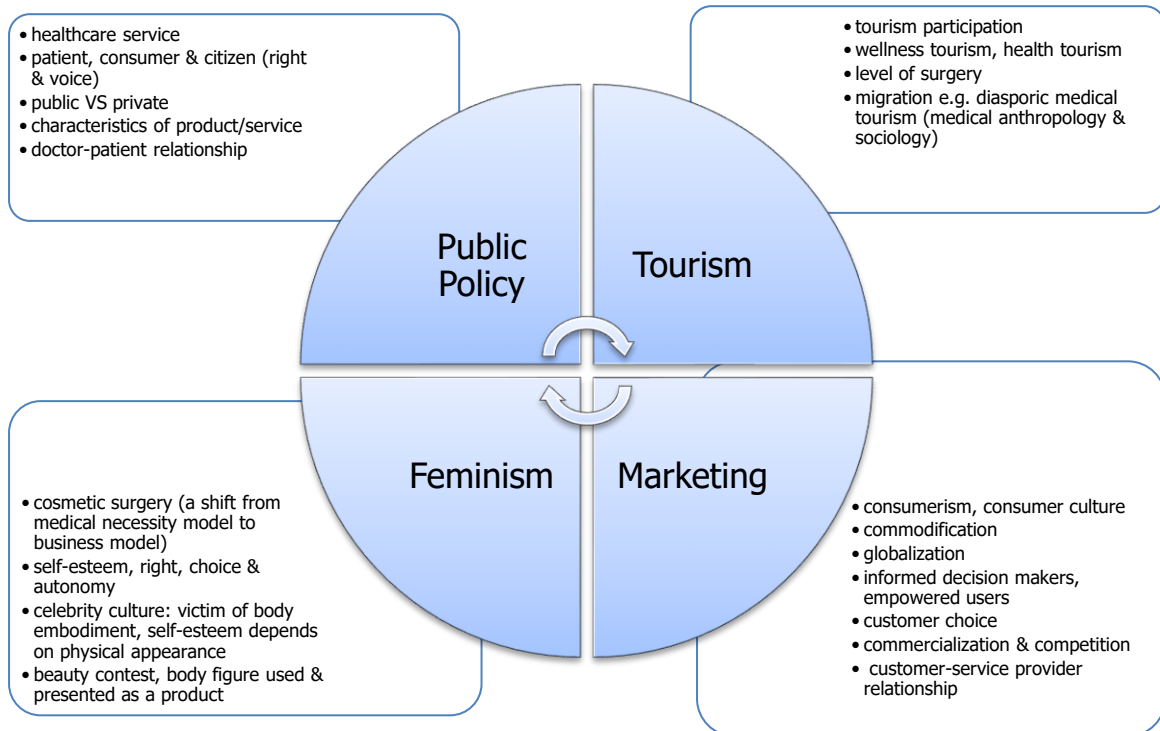
ประวัติศาสตร์ (เอกจิตรา, 2550) ความต้องการคล้ายกรรมเพื่อความงามในประเทศตะวันตกเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน อีกทั้งกระจายไปในทุกช่วงกลุ่มอายุ อย่างไรก็ตาม การบริโภคคล้ายกรรมความงามในประเทศเกาหลีถือเป็นปัญหาของนักสตรีนิยม จากกระแสสังคมของรายการผ่าตัดที่เกาหลี (Extreme Makeover) ที่เป็นกลยุทธ์การส่งเสริมการตลาด ในอุตสาหกรรมคล้ายกรรมความงามซึ่งปรากฏในรูปแบบรายการโทรทัศน์ในปี 2002 ที่ผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับคล้ายกรรมฟัน ใบน้หน้า และรูปร่างฟรี (Tiefer, 2008)

สรุป

อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวได้จัดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ว่าเป็นการท่องเที่ยวประเภทหนึ่งในขณะที่อุตสาหกรรมการแพทย์ กลับมองว่าการบริการทางการแพทย์ในปรากฏการณ์ดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว ที่เป็นเช่นนี้เกิดจากวัตถุประสงค์หลักของการใช้บริการทางการแพทย์ไม่ได้ถูกขับเคลื่อนจากความตั้งใจมาเพื่อท่องเที่ยว แต่มาเพื่อรักษา ด้วยเหตุนี้ “ผู้เดินทางเพื่อการแพทย์” สามารถสื่อความหมายถึงกลุ่มชาวต่างชาติผู้รับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยได้ชัดเจนกว่าคำว่า “นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์” เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบในเชิงบวกและลบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ดังกล่าวแล้ว ควรตระหนักถึงการบูรณาการภาคส่วนที่เดิมมีแนวคิดขัดแย้งกัน ให้ทำงานสอดประสานกัน คือ 1) การบูรณาการแนวคิดนโยบายสาธารณะและแนวคิดการตลาดบริการด้านสุขภาพ จากการกำหนดนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ที่ให้ความสำคัญด้านการแพทย์มากกว่าการท่องเที่ยว เน้นการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพสองทาง เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ผลกระทบแพทย์และบุคลากรขาดแคลน และค่ารักษาพยาบาลที่แพงขึ้น 2) การบูรณาการทำงานร่วมกันของหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานเดียวที่เน้นเรื่องการจัดหาบริการสุขภาพที่เท่าเทียมให้ประชาชนเข้าถึงได้ และมีแนวคิดขัดแย้งกับหน่วยงานที่เหลือ ได้แก่ กระทรวงพาณิชย์และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ที่เน้นการสร้างรายรับจากต่างชาติและดึงดูดการลงทุนต่างชาติ และการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ที่เน้นการทำตลาดและส่งเสริมการขาย เพื่อตอบสนองการเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพนานาชาติในประเทศไทย

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้รับ

จากการศึกษาแนวคิดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเด็นต่าง ๆ ที่แตกต่างกันจากมุมมองของนโยบายสาธารณะ การท่องเที่ยว การตลาด และสตรีนิยมนั้น พบข้อคิดเห็นหลักที่สามารถบูรณาการสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แสดงแนวคิดการบูรณาการการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากต่างศาสตร์

จากแผนภาพที่ 1 แสดงให้เห็นแนวคิดที่นักวิชาการศาสตร์ต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์ปรากฏการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในเชิงขัดแย้งทางทฤษฎีและเชิงบูรณาการทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

1) แนวคิดเชิงขัดแย้งระหว่าง นโยบายสาธารณะกับการตลาด การบริการสาธารณะกับกลไกการตลาด และบทบาทและความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การบริการทางการแพทย์กับการท่องเที่ยว ความต้องการในการมีส่วนร่วมในการท่องเที่ยวหลังการผ่าตัด นโยบายสาธารณะกับสตรีนิยม ความจำเป็นในการผ่าตัด สตรีนิยมกับการตลาด การเสริมความงามกับวัฒนธรรมคนดัง

2) แนวคิดเชิงบูรณาการระหว่าง นโยบายสาธารณะกับการตลาด การตลาดบริการสุขภาพ การท่องเที่ยวกับการตลาด การส่งเสริมการขายเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการท่องเที่ยวหลังรับบริการทางการแพทย์ สตรีนิยมกับการตลาด เวทีประกวดความงามและโมเดลทางธุรกิจศัลยกรรมความงาม ดังนั้นควรมีการบูรณาการแนวคิดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และกำหนดนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ด้วยโมเดลธุรกิจใหม่ เช่น โมเดลโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ที่ยกระดับมาตรฐานปโภคพื้นฐาน ชื่อเสียง และประสบการณ์จากโรงพยาบาลแม่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐ เป็นการแปรรูบบางส่วนเป็นโรงพยาบาลเอกชน โดยไม่ขัดขวางการให้บริการสุขภาพประชาชนชาวไทยด้วยเงินอุดหนุนจากรัฐบาล เน้นการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพสองทาง ทางที่หนึ่งคือให้บริการผู้ป่วยที่จ่ายค่าธรรมเนียมแบบส่วนตัว และทางที่สองคือ ดูแลผู้ป่วยเงินอุดหนุนสาธารณะ (Pitakdumrongkit & Lim, 2021) ซึ่งประเด็นเหล่านี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อบูรณาการการท่องเที่ยวกับการแพทย์ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพนานาชาติ



เอกสารอ้างอิง

- การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (2564). *ศูนย์วิจัยด้านตลาดการท่องเที่ยว*. สืบค้น 1 กันยายน 2564. จาก <https://intelligencecenter.tat.or.th/>.
- ภัทรภาพร วิษณุรักษ์. (2557). *การสื่อสารการตลาดแบบครบวงจรที่มีความสัมพันธ์ต่อแนวโน้มพฤติกรรม การทำคัลยกรรมเสริมความงามของผู้ใช้บริการในกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2564). *โควิดยืดเยื้อ โรงพยาบาลเอกชนที่พึ่งพา Medical Tourism ยังลำบาก*. สืบค้น 1 กันยายน 2564. จาก <https://kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Medical-Tourism-FB-16-08-21.aspx>.
- สัจฉรินทร์ มงคลบุตร. (2561). *ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการเข้ามาของการท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ (Medical Tourism) ของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอกจิตรา คำมีศรีสุข. (2550). *ความสัมพันธ์ของทุนวัฒนธรรมกับทุนนิยม: กรณีศึกษาการประกวด นางสาวไทย (พ.ศ. 2477-2549)* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Ackerman, S. L. (2010). Plastic paradise: Transforming bodies and selves in Costa Rica's Cosmetic surgery tourism industry. *Medical Anthropology*, 29(4), 403-423.
- Balaban, V. & Marano, C. (2010). Medical tourism research: A systematic review. *International Journal of Infectious Diseases*, 14(March 2010), e135.
- Bies, W. and Zacharia, L. (2007). Medical tourism: Outsourcing surgery. *Mathematical and Computer Modelling*, 46(7), 1144-1159.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: The newest of niches. *Tourism Recreation Research*, 31(1): 99-102.
- Connell, J. (2011). *Medical tourism*. Wallingford, Oxfordshire: CAB International.
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism management*, 34(February 2013), 1-13.
- Cook, P. (2008). What is health and medical tourism? *Reimagining Sociology*, 1-13.
- Cormany, D. & Baloglu, S. (2010). Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management*, 32(August 2011), 709-716.



- Crozier, G. K. D. & Baylis, F. (2010). The ethical physician encounters international medical travel. *Journal of Medical Ethics*, 36(5), 297-301.
- Edwards, A., & Elwyn, G. (2001). Understanding risk and lessons for clinical risk communication about treatment preferences. *BMJ Quality & Safety*, 10(suppl 1), i9-i13.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & place*, 16(6), 1145-1155.
- Goodrich, J. N., & Goodrich, G. E. (1987). Health-care tourism—An exploratory study. *Tourism Management*, 8(3), 217-222.
- Green, S. T. (2008). Medical tourism—a potential growth factor in infection medicine and public health. *Journal of Infection*, 57(5), 429.
- Gunawan, J. (2016). Thailand medical tourism and ASEAN Mutual Recognition Arrangement (MRA): Treat or promise. *International Journal of Innovation in Medical Education and Research*, 2(1), Online.
- Horowitz, M. D., Rosensweig, J. A., & Jones, C. A. (2007). Medical tourism: Globalization of the healthcare marketplace. *Medscape General Medicine*, 9(4), 33-42.
- Horton, S., & Cole, S. (2011). Medical returns: seeking health care in Mexico. *Social science & medicine*, 72(11), 1846-1852.
- Hunter, W. C. (2007). Medical tourism: A new global niche. *International Journal of Tourism Sciences*, 7(1), 129-140.
- Inhorn, M. C. (2011). Diasporic dreaming: return reproductive tourism to the Middle East. *Reproductive Biomedicine Online*, 23(5), 582-591.
- Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2009). Rethinking reproductive “tourism” as reproductive “exile”. *Fertility and Sterility*, 92(3), 904-906.
- Inhorn, M. C., & Shrivastav, P. (2010). Globalization and reproductive tourism in the United Arab Emirates. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 22(3), 68-74.
- Kangas, B. (2010). Travelling for medical care in a global world. *Medical Anthropology*, 29(4), 344-362.
- Kangas, B. (2011). Complicating common ideas about medical tourism: Gender, class, and globality in Yemenis' international medical travel. *Signs*, 36(2), 327-332.



- Ko, T. G. (2011). Medical Tourism System Model. *International Journal of Tourism Sciences*, 11(1), 18-51.
- Leahy, A. L. (2008). Medical tourism: The impact of travel to foreign countries for healthcare. *Surgeon Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh & Ireland*, 6(5), 260-261.
- Lee, J. Y., Kearns, R. A., & Friesen, W. (2010). Seeking affective health care: Korean immigrants' use of homeland medical services. *Health & place*, 16(1), 108-115.
- Livingstone, S., & Lunt, P. (2007). Representing citizens and consumers in media and communications regulation. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 611(1), 51-65.
- Lunt, N. and Carrera, P. (2010). Medical Tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66(1), 27-32.
- Marsek, P. W., & Sharpe, F. (2009). *The complete idiot's guide to medical tourism*. New York : Alpha Books.
- Mathijssen, A. (2019). Home, sweet home? Understanding diasporic medical tourism behaviour. Exploratory research of Polish immigrants in Belgium. *Tourism Management*, 72(January 2019), 373-385.
- Migge, B., & Gilmartin, M. (2011). Migrants and healthcare: investigating patient mobility among migrants in Ireland. *Health & Place*, 17(5), 1144-1149.
- Milstein, A., & Smith, M. (2006). America's new refugees-seeking affordable surgery offshore. *New England Journal of Medicine*, 355(16), 1637-1640.
- Needham, C. (2007). The Citizen Perspective. In *The Reform of Public Services under New Labour*. (pp. 167-194). London: Palgrave Macmillan.
- Negrin, L. (2002). Cosmetic surgery and the eclipse of identity. *Body & Society*, 8(4), 21-42.
- Pitakdumrongkit, K. & Lim, G. (2021). Neo-Liberalism, the Rise of the Unelected and Policymaking in Thailand: The Case of the Medical Tourism Industry. *Journal of Contemporary Asia*, 51(3), 447-468.
- Pope, J. (2008). The globalization of medicine: The emerging market of medical tourists-estimates, challenges and prospects. In *Medical tourism: Perspectives and specific country experiences*. (pp. 3-27). ICFAI University Press.



- Reed, C. M. (2008). Medical Tourism. *Medical Clinics of North America*, 92(6), 1433.
- Shackley, P., & Ryan, M. (1994). What is the role of the consumer in health care?. *Journal of Social Policy*, 23(4), 517-541.
- Sharkansky, I. (1978). *Public administration: Policy-making in government agencies*. Michigan: Rand McNally College Publishing Company.
- Smith, M. and Puczko, L. (2009). *Health and Wellness Tourism*. Oxford: Elsevier.
- Song, P. (2010). Biotech Pilgrims and the Transnational Quest for Stem Cell Cures. *Medical anthropology*, 29(4), 384-402.
- Tiefer, L. (2008). Female genital cosmetic surgery: Freakish or inevitable? Analysis from medical marketing, bioethics, and feminist theory. *Feminism & Psychology*, 18(4), 466-479.
- Veerasoontorn, R. (2011). *A Dynamic Model of Medical Tourism: An Analysis of Patient Narratives*. Milton Keynes: LAP Lambert Academic Publishing.